

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 59

Le Phlegmon Ligneux Chronique

de la Paroi abdominale

consécutif à l'évolution

DE CALCULS VÉSICULAIRES BILIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Mars 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile CHOLLAT-TRAQUET

Né le 14 Mai 1884, à Lure (Haute-Saône)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la "Barre", 12. — H. GABRION, Directeur

—
1910

LE PHLEGMON LIGNEUX CHRONIQUE

de la Paroi abdominale

CONSÉCUTIF A L'ÉVOLUTION

DE CALCULS VÉSICULAIRES BILIAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 59

Le Phlegmon Ligneux Chronique

de la Paroi abdominale

consécutif à l'évolution

DE CALCULS VÉSICULAIRES BILIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Mars 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile CHOLLAT-TRAQUET

Né le 14 Mai 1884, à Lure (Haute-Saône)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER
GAZENEUVE.

PROFESSEURS

	MM.
Cliniques médicales.	LÉPINE.
	TESSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophthalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants.	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale.	GUIART.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL.
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	CLUZET.
Anatomie.	TESIUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COLLET.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBU.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch.
CHATIN.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BERIEL, ch.
VILLARD.	PATEL.	VORON.	BRETIN, ch.
TIXIER.	J. LÉPINE.	NOGIER.	THÉVENOT, ch.
REGAUD.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. TIXIER et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A ma grand'mère maternelle,

MADAME CÉCILE LANG

A mon Président de thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté pour toujours, nous tenons à dire que les mots nous manquent pour témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Jaboulay; il nous accueillit avec la plus extrême bienveillance, il eut la bonté de nous indiquer un sujet de thèse qui nous intéressa vivement, il nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Les collaborateurs de ce Professeur eurent non moins de bontés à notre égard. M. le docteur Rivière, chef de clinique chirurgicale, nous prodigua son temps, ses peines, son savoir, avec un empressement qui n'a d'égal que son amabilité; c'est lui qui nous construisit la trame de notre ouvrage, nous n'eûmes qu'à broder, et quand tout fut fini, c'est lui encore qui nous aida à corriger les fautes dues à notre inexpérience : M. le docteur Rivière nous fut plus qu'un guide précieux, nous l'en remercions sincèrement.

M. le docteur R. Horand, chef de travaux, nous tint larges ouvertes les portes de son laboratoire; c'est grâce

à sa compétence toute particulière en la matière que nous pûmes faire l'analyse détaillée de la pièce pathologique dont était porteur la malade, objet de notre travail : nous lui adressons également nos meilleurs remerciements.

Nous emportons de tous nos maîtres lyonnais un souvenir ému et inaltérable.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Avant d'entamer notre sujet, on nous permettra un court résumé sur l'évolution des calculs biliaires :

A) Ou bien : 1° les calculs restent dans la vésicule ; 2° restent enchâtonnés dans les voies d'excrétion, après un trajet plus ou moins long ; 3° passent dans l'intestin, c'est le cas le plus fréquent.

B) Ou bien sortent des voies naturelles.

Envisageons cette dernière alternative : il est clair que la migration, dans ce cas, peut se faire à travers tous les organes en rapport avec les voies biliaires, la connaissance de l'anatomie nous dispense de les énumérer.

Donc, si les calculs situés dans la vésicule, et ce sont les plus nombreux, éprouvent des difficultés à sortir, soit du fait de leur grosseur, soit que l'inflammation due à leur présence leur bouche toute issue, ces calculs auront des chances de partir malgré tout, cette même inflammation leur permettant de franchir une paroi facilement ulcérée. Si le péritoine n'a pas eu le temps de réagir, il y aura invasion de la grande cavité péritonéale ; dans l'hypothèse contraire il y aura formation de fausses membranes limitant une poche de péritonite enkystée ; ou adhérence étroite de la vésicule aux organes voisins.

Rappelons que le fond de la vésicule en est la partie la plus large et la plus basse : les pierres s'y trouvent tout naturellement, et les perforations s'y produisent, cela se conçoit. Il n'y aura plus alors, après le passage au travers des péritoines viscéraux et pariétaux, qu'une barrière : la paroi abdominale, dans la grande majorité des cas ; (celle-ci se trouvant en rapport presque immédiat avec le fond vésiculaire) ; cette barrière à son tour ne saura point retenir ces corps durs et irritants.

Ainsi, à notre avis, pour les raisons énoncées plus haut, les migrations cutanées des calculs biliaires doivent être les plus fréquentes ; voici ce qu'en disent les différents auteurs :

Mossé, dans sa thèse d'agrégation, nous rapporte que Fauconneau-Dufresne, en 1851, avaient réuni 17 observations de fistules biliaires externes, que MM. Barth et Besnier, dans leur article : Voies biliaires, du Dictionnaire encyclopédique, en citent 30 cas ; enfin que.

Murdison, traduit par Cyr, dit avoir trouvé dans la science 86 cas, il faut ajouter trois observations personnelles du traducteur. Mossé lui-même en a vu 32 cas ; les fistules externes sont donc loin d'être rares, dit-il.

Denucé, également dans sa thèse d'agrégation, signale 12 nouvelles observations, dont 3 personnelles, de fistules biliaires externes.

Pour Castaing (thèse Toulouse, 1899) cette variété survient pourtant moins souvent qu'on ne le croit, et ce qui semblerait le prouver, c'est que sur 10.866 autopsies, comprenant 1.029 cas de lithiase, on en a pas trouvé un seul cas. Dans ces dernières années, dit-il, c'est à peine si nous avons pu en recueillir quelques-uns : ceux de Bonnet (*France médicale*, 9 avril 1897), Guépin (*Bull. Soc. anat.*, 12 octobre 1894), Mollière (*Médical Presse*, août 1888, XLV, p. 137), Lécieux (*Lyon Médical*, 1888, LVII, p. 127).

Selon cet auteur, la cause de la richesse d'observations de cette nature des anciens auteurs est facile à expliquer : les fistules cutanées passant en effet rarement inaperçues, sont toujours diagnostiquées pendant la vie, tandis que les autres variétés de fistules nécessitent pour être vérifiées une autopsie qui est rarement faite dans la pratique.

Guéniot, dans sa thèse, soutient la même idée. D'après les statistiques, dit-il, ce seraient les fistules cutanées qui constitueraient les plus fréquentes fistules biliaires, mais on doit remarquer avec Charcot que les fistules externes, contrairement à ce qui

a lieu parfois pour celles qui se produisent à l'intérieur, ne sauraient passer inaperçues.

Enfin, ce qu'on peut dégager de toutes ces opinions, c'est que lorsqu'il y a migration hors des voies naturelles, elle se fait du côté de la peau. Mais la chirurgie du foie et des voies biliaires ayant fait de tels progrès, la thérapeutique, de son côté, s'enrichissant tous les jours et permettant de lutter victorieusement, ne nous laissent plus voir les anciennes complications de la lithiase biliaire, sauf dans quelques rares cas où l'incurie des malades a permis le développement et l'évolution spontanée des cholélithes, ou encore parce que ce développement et cette évolution se font d'une façon tellement insidieuse que patients et médecins n'y pensent même pas.

Quoi qu'il en soit, nous remarquerons, que tous ceux qui se sont occupés des migrations des calculs vers les parois abdominales, n'ont observé que le mode aboutissant aux phlegmons biliaires suppurés non encore ouverts, ou à la fistulisation consécutive à ces phlegmons. Or, dans notre travail, nous étudierons un mode presque inconnu de la migration cutanée, qui se fait sans suppuration, avec induration fibreuse de la paroi, pouvant être prise pour une tumeur de la paroi abdominale elle-même.

CHAPITRE II

Observations

Nous avons réunis trois cas de phlegmons ligneux chroniques de la paroi abdominale, avec calculs biliaires enclavés. Le premier est une réminiscence, plutôt incomplète, de M. Michaux; il n'y est point question de suppuration, donc, il pourrait y avoir concordance avec le cas particulier que nous vîmes dans le service de M. le professeur Jaboulay. L'observation de M. le docteur Mordret diffère, en ce sens qu'il y avait commencement de ramollissement, qu'on trouva quelques gouttelettes de pus; elle ne diffère, du reste, de notre description que par cette très légère tendance à la suppuration et par sa communication avec la vésicule.

Les observations I et II se trouvent dans le rapport de M. Michaux. Nous devons l'observation III à l'obligeance de M. le Professeur Jaboulay.

RAPPORT DE M. MICHAUX.

Observation par le Docteur Mordret fils (du Mans) d'une tumeur de la paroi abdominale résultant de la migration des calculs biliaires. (*In Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, séance du 30 déc. 1903).

La très intéressante observation de M. le Docteur Mordret, du Mans, nous révèle une phase peu connue de la migration des voies biliaires à travers les parois de l'abdomen.

Cette migration cutanée constitue, on le sait, une des complications les plus fréquentes de la lithiasé biliaire. Dans son travail, sur les calculs biliaires, J.-L. Petit en a pour ainsi dire fixé tous les détails, il avait fort bien vu et fort bien décrit le petit trajet intermédiaire entre la tumeur de la paroi et la vésicule calculeuse, ainsi que l'induration de la paroi, la fusion du tissu « squirrheux » avec les parties voisines.

Mais ce que l'on observe le plus souvent c'est le trajet induré allant jusqu'à la peau où il s'ouvre ou va s'ouvrir.

La tumeur bien limitée de la paroi abdominale non adhérente à la peau est très rarement observée. Mon interne, M. Sénéchal, a vainement feuilleté les bulletins de la Société anatomique et les principaux traités des maladies du foie. Il n'a trouvé aucune observation de ce genre.

Mais j'ai observé, moi aussi, un fait absolument superposable à l'observation de notre confrère, le Docteur Mordret. Il y a une dizaine d'années au petit hôpital Saint-Michel, j'ai opéré dans les mêmes conditions une tumeur de la paroi abdominale chez une femme grasse ; cette tumeur du volume d'une petite poire, d'aspect fusiforme siégeait aussi dans la région de la fosse iliaque droite.

Lorsqu'elle fut séparée de la couche graisseuse ambiante avec laquelle elle présentait les connexions les plus étroites, je constatai qu'elle adhérait au plan musculo-aponévrotique qu'elle traversait au niveau du bord externe du muscle droit ; une incision nous conduisit dans le ventre sur une vésicule calculieuse dont je pratiquai séance tenante l'extirpation.

C'est cette conduite que j'aurais voulu voir suivre par M. Mordret, car elle aurait mis sa malade à l'abri de toute récurrence, ce qui n'a pas été aussi bien réalisé à mon sens par la cholecystostomie pratiquée. Je sais bien que l'évolution ultérieure de la maladie a démontré la persistance d'accidents biliaires et l'élimination ultérieure de calculs, mais je pense qu'une grande partie des accidents eut été évitée par la cholécystectomie. M. le docteur Mordret y avait d'ailleurs songé ; il s'est prononcé pour la cholécystostomie, il a eu sans doute de bonnes raisons pour le faire. La critique légère que je lui adresse est surtout théorique et n'enlève rien à l'intérêt de cette observation qui démontre qu'on peut de temps à autre rencontrer des tumeurs de la paroi abdominale

droite qui sont des tumeurs biliaires dues à la migration des calculs.

Les deux faits que je viens de citer méritaient donc d'être connus et nous devons remercier M. le docteur Mordret de son intéressante observation.

M^{me} J... vient pour la première fois me consulter en décembre 1899. Agée de 24 ans, elle n'a pas de passé pathologique. Bien réglée, elle a trois enfants ; les couches ont été normales, elle ne s'est jamais soignée jusqu'en juillet dernier, mais elle avait cependant de temps à autre quelques troubles digestifs.

Sans cause connue, elle est prise le 20 juillet de violentes crises d'estomac : douleurs, envies de vomir, mais sans résultat. La température prise monta à 38°. Au bout de vingt-quatre heures, la douleur d'estomac cesse, mais le côté droit du ventre devient douloureux et les douleurs prennent une grande acuité dans tout ce côté ; le ventre se ballonne et la température est de 39°. Cet état se calme peu à peu, et au bout de dix jours, la malade se lève et reprend son travail, quoique péniblement. Elle souffre surtout dans les jambes, tout effort est douloureux, pomper de l'eau plus particulièrement, et elle remarque que son teint est devenu un peu jaune. Vue dès le début des accidents par deux médecins, le premier a cru à des phénomènes d'appendicite ; le second qui la suivit pendant plus longtemps, s'est rattaché à une affection du foie, trouvant, m'a-t-elle dit, une tuméfaction volumineuse à ce niveau.

Remise, peu à peu, elle constate vers la fin de septembre, deux grands mois après les premiers accidents « quelque chose de gros au-dessous des fausses côtes ». Elle ne peut rien appuyer contre elle, cette grosseur étant douloureuse à la pression. Elle reconnaît aussi que cette tumeur jouit d'une certaine mobilité, et elle remarque qu'elle descend progressivement, pour atteindre en l'espace de deux mois, le point où elle est fixée aujourd'hui. Cette évolution s'est faite sans crise, mais il y a quelques légères souffrances dans les jours qui précèdent ses époques.

Je constate une tumeur dure, du volume et de la forme d'un œuf, siégeant dans la paroi abdominale, presque parallèle à l'arcade crurale, et à trois travers de doigt au-dessus d'elle. Cette tumeur, nullement sensible, est adhérente aux tissus profonds, et d'autre part la peau ne se laisse pas plisser au-dessus d'elle.

Quant à la région de la vésicule, ni la palpation, ni la pression profonde dans la direction du canal cystique ne présentent rien d'anormal. La malade n'a aucune trace d'ictère.

Je crus devoir rétrospectivement porter le diagnostic de colique hépatique pour expliquer les premiers accidents survenus chez cette malade. Mais les deux mois de santé relative, fin de juillet à fin de septembre, qui s'étaient écoulés entre la crise de colique hépatique et l'apparition de la tumeur, m'empêchèrent d'affirmer qu'il y ait corrélation entre les deux. Je conseillai toutefois l'ablation de cette tumeur et l'opération eut lieu le 18 décembre.

L'incision conduit sur un tissu infiltré qui commence à se ramollir et présente quelques gouttes de pus. Mais on sent au centre une résistance toute particulière. Je dissèque cette masse et j'en retire deux calculs; l'un volumineux, gros comme une grosse cerise, l'autre plus petit et fragmenté.

Continuant à isoler le tissu induré, je prolonge l'incision par en haut, et j'isole bientôt un conduit dans lequel pénètre facilement la sonde cannelée et qui remonte vers la vésicule. Je mène la dissection de ce canal jusqu'à l'endroit où il devient intra-abdominal, un peu au-dessus de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure, et là, je la fixe à la peau, après avoir réuni par des sutures toute l'étendue de la plaie. Je n'ai pas vu de bile pendant l'opération. Le premier pansement est fait le surlendemain et est taché d'un peu de bile, les urines sont très légèrement ictériques.

Les jours suivants, la quantité de bile émise par la fistule, augmente, et les urines deviennent franchement ictériques et les matières décolorées; cet état persiste quelques jours, mais peu après tout rentre dans l'ordre. La

fistule ne rend plus que quelques gouttes, et la malade quitte la maison de santé sans avoir présenté aucun accident.

Elle resta parfaitement bien jusqu'en avril ; cependant la fistule nécessitait un pansement qui était presque tous les jours légèrement taché. Le 8 avril cette malade est reprise soudainement de coliques et s'aperçoit qu'elle a de l'ictère, elle est obligée de prendre le lit le 11. Les douleurs redeviennent vives au-dessous du foie ; on sent une grosseur entre lui et la fistule, qui est complètement tarie, mais est le siège d'une violente sensation de brûlure. Le 17, exaspérée par la douleur et la cuisson qu'elle ressent, la malade presse fortement autour de sa fistule, et il s'échappe une assez grande quantité de bile, ce qui lui procure un soulagement immédiat, mais momentané. La nuit est mauvaise, et elle trouve le matin que sa fistule a un aspect noirâtre. Les douleurs sont vives quand, sous l'influence d'un accès de toux, elle rejette au dehors un calcul biliaire semblable et de même volume que celui que j'avais enlevé. La crise fut immédiatement calmée, l'état général redevient excellent. Cette malade est revenue me voir le 22 avril pour m'apporter son calcul ; la fistule semble tarie, on sent un petit cordon remontant de son orifice extérieur vers la vésicule. L'examen n'est nullement douloureux.

Je n'eus pas de nouvelles de M^{me} J..., jusqu'au 20 mai 1902 ; elle m'écrivit à cette époque qu'elle avait une nouvelle grosseur qui augmentait depuis quelque temps. Ayant demandé à la revoir, elle revient à ma clinique le 28 mai dernier. Depuis qu'elle a rendu son second calcul, le 28 avril 1900, elle n'a éprouvé aucune douleur du côté de sa vésicule, mais elle a remarqué peu à peu, au niveau du point où est sorti le calcul, c'est-à-dire au point où elle avait eu une fistule biliaire, une petite grosseur non douloureuse, qui n'existe pas d'une manière permanente et qui rentre à la pression. Cette grosseur augmente et en ayant souffert un peu ces temps derniers, elle s'est décidée à m'en informer. Il s'agit d'une éventration herniaire, ayant acquis aujourd'hui le volume d'un œuf. Elle rentre facilement et l'orifice permet l'introduction du doigt. Quant à la vésicule

biliaire, elle reste absolument indolore et l'état de la malade est excellent.

Examinons maintenant la conduite que j'ai tenue dans cette opération, puis le fait en lui-même. Étant donné que j'étais en face d'un cas très anormal de migration de calculs biliaires, je pouvais ou faire le simple abouchement du conduit à la paroi et créer délibérément une fistule biliaire selon toute apparence, et c'est ce que j'ai fait ; ou poursuivant la dissection de mon conduit dans son trajet intra-abdominal, faire une cholécystostomie ou une cholécystectomie suivant le cas. Bien que ma sonde cannelée s'introduisit dans la direction de la vésicule, je n'étais pas certain que la bile sortirait par cette ouverture, puisqu'il n'en est pas sorti du tout au moment de l'opération et je pouvais espérer, si la fistule biliaire se formait, qu'elle se tarirait seule, étant donné le long trajet qui la séparait de la vésicule. J'étais convaincu, d'autre part, que si une nouvelle colique hépatique survenait, le calcul reprendrait le chemin du précédent et viendrait, comme il l'a fait en réalité, sortir au niveau de la fistule. Il m'a semblé qu'il serait toujours temps, par une opération nouvelle, d'attaquer directement la vésicule, si des accidents se produisaient. Une autre raison qui m'a fait agir comme je l'ai fait, c'est que les tissus environnant les calculs commençaient à s'abcéder ; j'étais dans un milieu infecté et toute opération abdominale eut, de ce fait, pris une gravité plus grande. Je rappelle, du reste, que la malade était à sa première crise hépatique, que la région de la vésicule n'était nullement douloureuse et que l'on ne pouvait affirmer que la vésicule renfermât d'autres calculs. Étant donné la seconde crise qu'a présentée la malade quatre mois après mon intervention et la simplicité avec laquelle le calcul est sorti, je me félicite de m'être borné à l'acte chirurgical le plus simple. Si les crises s'étaient rapprochées, si la malade avait présenté quelques symptômes de rétention biliaire, la cholécystostomie m'aurait donné très probablement un excellent résultat, mais elle était inutile.

Voilà plus de deux ans que cette malade est guérie, qu'elle n'a eu aucune douleur du côté de la vésicule. Le fait que la fistule formée après l'opération s'était tarie de suite après

la sortie du second calcul, semble bien prouver qu'elle était entretenue par ce dernier et que, lui sorti, la vésicule n'en renfermait pas d'autre.

Quant au fait en lui-même qu'il m'a été donné d'observer, il reste exceptionnel.

Parmi les migrations anormales des calculs biliaires, les fistules cutanées sont considérées comme rares, mais la manière dont s'est produite celle-ci est tout à fait exceptionnelle.

Notre malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques. Elle a présenté des phénomènes péritonéaux au moment de l'issue de son calcul, mais assez peu tenaces pour pouvoir reprendre son service après dix jours de repos. Elle ne constate à aucun moment alors la présence d'une tumeur et ce n'est que deux mois après qu'elle remarqua, sans avoir eu de nouvelle crise, une tuméfaction mobile au-dessous de la région hépatique. Peu à peu cette grosseur descend pour finalement se fixer, cinq mois après le début des accidents, un peu au-dessus du pli de l'aîne, situation qui, par rapport aux fistules cutanées, est également une exception. La migration de ces calculs s'est faite d'une manière aseptique. La bile avait perdu toute communication avec le siège du cholélithe; on peut regarder comme une complication de phlegmon biliaire ce très léger ramollissement des tissus autour d'un corps étranger, volumineux, tendant naturellement à se faire jour au dehors.

Je dois également noter la disposition du trajet fistuleux qui reste cutané dans une partie de son étendue, traversait l'aponévrose abdominale à quelques millimètres d'une ligne tirée de l'épine iliaque supérieure à l'ombilic et suivait alors un trajet sous-péritonéal.

C'est précisément à la disposition de ce canal fistuleux qu'on doit demander la cause du nouvel accident survenu chez une malade.

Cet accident d'éventration constitue une petite complication et réclamera une nouvelle intervention que la malade refuse actuellement. Il y a eu, au niveau où le conduit fistuleux devenait intra-abdominal, un point de moindre résistance et la fixation à la peau a très probablement formé un

petit repli péritonéal, point d'appel pour la formation de la hernie.

Ne doit-on pas considérer cette malade comme complètement guérie ? Il est évident qu'elle peut refaire des coliques hépatiques, mais rien saurait le faire préciser. Elle reste prévenue des dangers qu'elle peut courir et de la nécessité qu'il y aurait d'intervenir au cas d'accidents graves.

Je suis loin d'avoir voulu, en donnant cette observation, éloigner de l'intervention radicale dans les fistules biliaires cutanées ; je crois même avoir signalé un cas très exceptionnel, et n'est-ce pas le cas de répéter que l'exception confirme la règle ; car le Docteur Chauffard résume, il me semble, en d'excellents termes, la question quand il dit : « Les fistules cutanées biliaires constituent un mauvais mode de guérison naturelle en ce sens que la déhiscence externe se fait par un trajet presque toujours étroit, irrégulier, sinueux, qui permet difficilement l'élimination complète des cholélithes et expose aux infections secondaires par le canal fistuleux. »

OBSERVATION III

due à l'obligeance de M. le professeur Jaboulay.

M^{lle} D... (M.-C.), 40 ans, institutrice, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 janvier 1910 pour une tuméfaction, siégeant dans la région de l'hypocondre droit.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 66 ans d'une maladie de cœur.

Sa mère est morte à 41 ans d'une péritonite d'origine puerpérale.

Antécédents collatéraux. — Elle possède encore deux sœurs et un frère bien portants.

Une sœur et un frère sont morts jeunes ; le premier à 6 jours ; la seconde entre 4 et 5 mois.

Antécédents personnels. — A 4 ans, la malade est atteinte d'une bronchite qui la laisse faible. Dans son tout jeune âge, elle signale une affection qui fut peut-être la rougeole.

Réglée à 17 ans 1/2, bien régulièrement, elle n'est pas mariée.

Jusqu'à 20 ans, sa santé fut parfaite.

A 20 ans, brusquement, en pleine classe, la malade fut prise d'une violente douleur dans la région hépatique s'irradiant vers l'estomac. Cette crise dura environ une heure et s'accompagna d'une légère teinte subictérique des téguments et des conjonctives. Les urines étaient très foncées : brun-acajou. Puis tout rentra dans le calme. Des crises semblables se répétèrent pendant quatre ou cinq ans ; jamais plus de deux ou trois par an. La malade ne se rappelle pas avoir vomi à cette époque.

A partir de 25 ans, les douleurs deviennent de plus en plus fortes. Les crises se rapprochaient, duraient trois ou quatre jours et ne cédaient qu'à des piqûres de morphine. Les vomissements bilieux apparaissent alors. Un abattement marqué précédait le retour à la santé et au bout de huit à dix jours, elle pouvait reprendre ses classes.

L'état resta ainsi stationnaire jusqu'à il y a environ huit ans, époque à laquelle les crises cessèrent définitivement.

La malade ne peut préciser la date d'apparition de la grosseur pour laquelle elle entre.

Depuis ces huit dernières années donc, les crises douloureuses avaient disparu. De temps à autre, quelques élancements dans la région vésiculaire inquiétaient seuls la malade, qui à part cela présentait un assez bon état général. Cependant, depuis environ trois mois, la malade accuse un peu d'amaigrissement, une légère perte de force.

Il y a un mois et demi, réapparition des douleurs caractéristiques des première et deuxième périodes, surtout violentes la nuit, elles obligent la malade à rester assise. Elles sont réveillées par certains mouvements. Pas de vomissements.

La malade présente une constipation opiniâtre, nécessitant l'usage des laxatifs; elle a toujours présenté cette constipation.

C'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital le 4 janvier.

Examen physique. — A l'examen du ventre, la main reconnaît la présence d'une masse située dans l'hypocondre droit. Cette masse occupe à peu près la situation de la vésicule biliaire, son volume est relativement considérable. En haut, elle se prolonge jusqu'au niveau des fausses côtes; en bas, elle s'arrête à deux travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle semble se prolonger aussi sur le

côté droit, vers la région lombaire. La peau est mobile sur elle.

Cette tumeur, du volume d'un œuf, est très dure, douloureuse à la palpation forte, irrégulière et mamelonnée.

Elle ne se mobilise pas avec la respiration.

Si l'on fait asseoir la malade, on se rend compte que la paroi est envahie ; la tuméfaction ne disparaît pas, et au premier abord, il semble même qu'on ait affaire à une véritable tumeur de la paroi abdominale, mais un examen plus attentif montre que la tumeur est intra-abdominale et que la paroi n'a été prise que secondairement ; il est en effet impossible de limiter la tumeur dans la profondeur.

Le foie est normal et ne présente rien de particulier.

Pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs.

Pas de troubles urinaires ; d'ailleurs, le double palper lombo-abdominal montre qu'on n'a sûrement pas affaire à un rein.

L'épreuve de Weber a été faite sur les matières fécales et a été négative.

Ni sucre ni albumine.

Opération le 8 janvier 1910.

Incision du muscle droit ; extraction de deux petits calculs blancs jaunâtres à facettes.

Dans le muscle, on trouve une massé indurée diffuse d'aspect fibreux.

On n'ouvre pas le péritoine, et l'on ne trouve pas, par la recherche au stylet, d'orifice de commu-

nication entre les petites loges calculeuses et la vésicule.

Il n'y avait pas la moindre trace de bile ni de pus.
Pansement à plat.

Suites immédiates. — Elles ont été des plus simples ; il ne s'est produit aucun écoulement de bile secondairement dans les jours suivants.

Le 18 février, dix jours après, la malade, qui allait très bien, a présenté des symptômes d'indigestion avec vomissements, douleurs épigastriques, accompagnés le lendemain d'une légère teinte subictérique des téguments et des conjonctives.

Le 21 février, nouvelle crise, mais non douloureuse.

Il s'agissait nettement de petites crises de coliques hépatiques.

La malade part le 22 février, on lui a conseillé de revenir si ses crises se renouvelaient.

Examen histologique. — L'examen histologique du tissu malade a été fait au laboratoire de la Clinique de M. le Professeur Jaboulay, par le Docteur R. Horand.

Un petit fragment du tissu induré, fixé au liquide de Bouin, inclus à la paraffine, a été coupé en série au microtome Minot.

On trouve sur les coupes :

1° Du tissu fibreux, très dense, très compact, difficile à couper, et se colorant fortement par l'éosine.

2° Des restes de la muqueuse vésiculaire caractérisée par des cellules cylindriques, plus ou moins élevées, constituant une couche nette et bien limitée.

Ces cellules sont pour la plupart allongées, terminées à leur extrémité libre par un plateau, lequel est strié perpendiculairement à sa surface ; l'extrémité profonde est effilée et présente des renflements qui sont plus ou moins varriqueux. Le potoplasma de ces cellules est granuleux.

Quant au derme, il est constitué par du tissu conjonctif très délicat qui entoure les vaisseaux de la muqueuse. Près de la couche épithéliale, les cellules conjonctives s'aplatissent pour constituer une sorte de membrane basale. A la face profonde du derme on trouve quelques débris de fibres musculaires lisses qui sont reliées entre elles par du tissu conjonctif.

Enfin divers amas cellulaires représentent peut-être quelques débris de glandes à mucus, ou plutôt des invaginations en doigt de gant de la couche épithéliale ; *l'épithélium semble avoir proliféré par endroits et avoir donné naissance en certains points à un véritable adénome inflammatoire.* (Voyez fig. 1).

On trouve également une notable infiltration de globules blancs dans l'étendue des coupes.

Les vaisseaux sont assez nombreux, mais ils sont enserrés, comme étouffés par le tissu de sclérose ambiant.

En résumé, il s'agit bien d'une inflammation chronique des parois de la vésicule ayant déterminé un véritable phlegmon ligneux. La muqueuse, probablement invaginée en doigt de gant, a formé une petite cavité fermée par un rétrécissement fibreux en arrière des calculs et a évolué pour son propre compte en formant cet adénome inflammatoire.

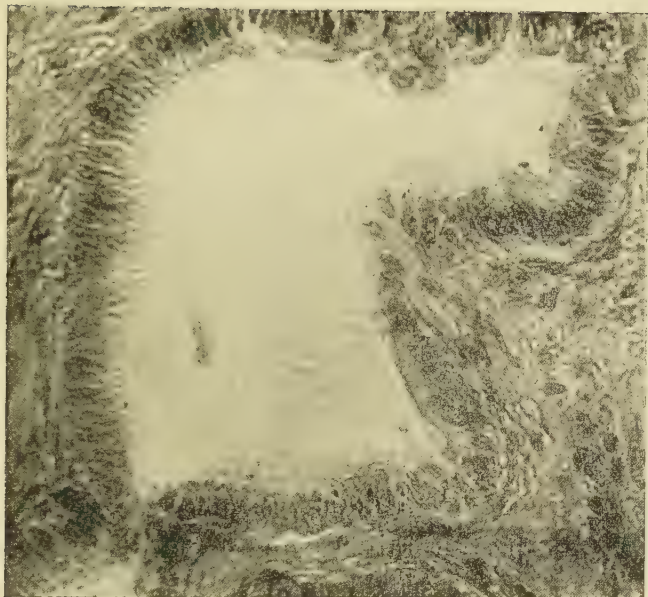


FIG. 1.

Coupe d'un fragment du phlegmon ligneux montrant l'adénome
inflammatoire.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les calculs sortent de la vésicule par perforation brusque, ou par ulcération lente. Nous n'aurons en vue ici que le processus de perforation lente.

Comment et pourquoi la paroi vésiculaire se laisse-t-elle perforer ? Nous trouvons la réponse dans un article de la thèse d'agrégation de Mossé, comme cet auteur l'a parfaitement dit :

Le travail inflammatoire qui précède et prépare la migration des calculs hors des voies naturelles, c'est-à-dire qui produit les fistules biliaires, évolue le plus souvent d'une manière lente : à mesure qu'il fait des progrès, le péritoine chroniquement enflammé, se défend pour ainsi dire contre le danger menaçant,

par la production d'adhérences qui limiteront étroitement l'épanchement au moment de la perforation. Le siège de la perforation peut se faire sur tous les points des canaux biliaires mais affecte de préférence la partie inférieure de la vésicule ; l'existence d'adhérences péritonéales établissant des rapports anormaux entre le foie, les parois abdominales et les organes voisins suffisent à nous expliquer les très nombreuses variétés de fistules biliaires pouvant se produire.

Pathogénie et caractères généraux des ulcérations biliaires.

Les différentes phases du processus anatomique qui amène la perforation ont pu être étudiées chez quelques sujets morts de maladies intercurrentes, avant le développement complet d'une fistule biliaire en voie de se produire. De l'étude de ces faits, il résulte que les fistules sont toujours consécutives à une inflammation chronique due aux calculs : celle-ci affecte le plus souvent la forme scléreuse. Les deux tuniques sont ordinairement épaissies, quelquefois infiltrées de petits cristaux irréguliers. Les plis qui normalement sillonnent la vésicule, tantôt disparaissent, tantôt, au contraire, s'accroissent au point de former comme dans une vessie à colonnes, des logettes dans lesquelles on trouve parfois des calculs enchâtonnés. Cette disposition on le comprend facilite l'ulcération.

Ordinairement l'ulcération est irrégulière, à fond grisâtre ; les bords sont rouges, élevés, formés par la

muqueuse épaisse, déchiquetée, imbibée de bile. On peut trouver à sa surface et dans l'épaisseur des parois ulcérées des cristaux d'hématoidine. Habituellement solitaires, les ulcérations sont souvent multiples. L'ulcération peut ne pas aller au-delà d'une simple abrasion ; quand elle est plus profonde, les calculs peuvent s'engager dans la cavité ainsi creusée, et, en y entretenant l'inflammation, contribuer à hâter la perforation imminente. Le péritoine se trouve alors lui-même intéressé, mais lentement et sur un point très circonscrit, il en résulte une péritonite localisée aussi sourde que le travail ulcératif lui-même. Des fausses membranes se forment, établissant des adhérences avec les différents organes, ou limitant des loges dans lesquelles, au moment de la perforation, calculs, bile et pus pourront s'épancher presque sans danger et attendre qu'un nouveau travail inflammatoire leur fraye une voie vers la peau ou les organes de l'abdomen.

Ainsi résumons : l'ulcération se fait lentement et le péritoine a le temps de réagir ; il se produit de la péricholécystite. Détaillons légèrement la description de cette réaction péritonéale :

1° Il y a formation de fausses membranes, qui, dans certains cas, arrivent à limiter des foyers de péritonite enkystée et des loges dans lesquelles la vésicule pourra déverser son contenu ; ces loges pouvant elles-mêmes communiquer, soit avec des organes voisins, principalement le tube digestif, soit s'ouvrir à la peau.

2° Ou bien, et nous insistons sur ce fait : le péritoine vésiculaire va adhérer directement au péritoine des organes voisins et se confondra avec lui en une seule et même membrane à la façon dont la caduque ovulaire se fusionne à la caduque pariétale dans les premières semaines du développement de l'œuf.

Si, et c'est ce que nous avons en vue, cette adhérence se fait du côté de la paroi abdominale, le péritoine pariétal, après le péritoine viscéral et les parois de l'organe, se laissera lui aussi traverser, puis viendra le tour de l'aponévrose postérieure des muscles et ceux-ci enfin.

Ajoutons quelques lignes, indiquant l'opinion de deux autres auteurs, Castaing et Bricka, sur ce sujet.

Pour Castaing (thèse Toulouse, 1893), la pression constante exercée par le cholélithe sur la partie de la muqueuse vésiculaire sur laquelle il repose, contusionne cette muqueuse déjà malade et amène un processus inflammatoire beaucoup plus intense à ce niveau. La présence du corps étranger au niveau de l'ulcération, empêchant toute cicatrisation, le processus de destruction, s'étend à la sous-muqueuse, à la musculuse. Suivant la rapidité de l'évolution, la séreuse a le temps de former des adhérences protectrices ou non, et la perforation se fait alors suivant le cas, dans la cavité péritonéale générale ou au milieu d'adhérences de péricystite localisée.

Pour Bricka (thèse Lyon, 1899), les ulcérations s'observent presque toujours au niveau des calculs, mais non d'une façon constante, ce qui prouve que le traumatisme n'est le plus souvent qu'une cause pré-

disposante ; la pression qu'exerce la pierre sur la muqueuse atténue la vitalité de ses éléments ; les frottements continuels produits par sa présence, favorisant la desquamation et la chute de l'épithélium ; les calculs font des points où ils sont en contact des lieux de moindre résistance sur lesquels vont s'abattre les micro-organismes pathogènes.

L'ulcération créée, le rôle du calcul se fait encore sentir et même d'une façon plus directe. Il s'engage dans la cavité qu'il creuse et, par sa pression continue sur le fond de l'ulcère, il contribue à désorganiser les éléments anatomiques attaqués d'autre part par les bactéries. Il agit de la même façon que le plan du lit dans les escarres du décubitus et l'infection qui survient fait le reste.

L'inflammation qui nous conduit en général à la fistule peut être si minime, si latente, que la progression des calculs a une marche telle que le chemin se ferme au fur et à mesure qu'ils avancent. Mossé le savait et nous dit : « La bile et les calculs chassés de la vésicule, celle-ci revient sur elle-même et la perforation peut encore se cicatriser. Barth a montré en 1851, à la Société anatomique une cicatrice étoilée siégeant à la face interne de la vésicule et résultant d'une inflammation ulcéralive calculieuse. » Voici encore une observation publiée par Castaing dans sa thèse qui vient à l'appui de nos dires : « Il s'agit d'une Ariégeoise, âgée de 74 ans, qui présentait dans le flanc droit à hauteur de l'ombilic et au niveau du bord externe du muscle droit, une tumeur sous-cutanée du volume d'une petite manda-

rine, enflammée et fistuleuse. Elle ne s'était jamais aperçue de la tumeur et la fistule datait seulement de janvier 1895.

D'ailleurs elle parlait patois, et je la compris mal. Je crus avoir affaire à un kyste sébacé enflammé et fistuleux, malgré l'étrangeté du siège, car la tumeur était exclusivement sous-cutanée et ne semblait avoir aucune connexion profonde.

Opération. — J'opérai à la cocaïne comme pour faire l'extirpation du kyste, et j'obtins une poche contenant six calculs dont cinq minuscules et l'un ayant la grosseur d'un œuf de perdrix. C'était une pierre de cholestérine d'origine certainement biliaire, l'analyse de M. Gérard en fait foi. D'où pouvait-elle venir autrement? La formation spontanée de pierre de cholestérine sous la peau n'est pas que je sache connue, ni possible.

Aussi bien l'interrogatoire de la malade, qui avait pourtant déclaré n'avoir jamais été malade, fut poussé à fond et on parvint à découvrir dans le passé, huit ans auparavant, l'existence de plusieurs crises de coliques hépatiques des mieux caractérisées, dont la dernière datant de janvier 1895, avait coïncidé avec la formation de la tumeur et l'établissement de la fistule. »

L'incertitude et l'étonnement de Castaing viennent du fait de l'oblitération secondaire de l'ulcération de la paroi vésiculaire.

L'aboutissant de ce processus ulcératif lent est donc, comme bien l'on pense, la sclérose qui, suivant

M. le professeur Collet (Précis path. int.) se propage excentriquement, et nous avons ainsi de la péri-cholecystite fibreuse, de la péri-hépatite avec adhérence en nappe fixant au foie, le côlon, l'estomac, le duodénum, la paroi abdominale.

J.-L. Petit, dans son travail sur les calculs biliaires, d'après M. Michaux (Bull. Soc. chir. Paris), avait bien vu l'induration de la paroi, la fusion du tissu « squirrheux » avec les parties voisines.

La malade qui nous occupe présentait une tumeur fibreuse envahissant la paroi abdominale; au milieu de cette gangue on trouva deux minuscules calculs de cholestérine d'une dureté toute particulière et ce qui n'a jamais été signalé, à notre connaissance : il n'y avait pas trace de pus; également pas de communication ni avec le réservoir, ni avec l'extérieur, cette dernière constatation a déjà été faite et se comprend, mais nous revenons au fait important : la migration avait eu lieu avec une infection si atténuée qu'on ne relève pas de trace de ramollissement comme dans l'observation du docteur Mordret, encore moins de gouttelettes de pus; il n'y avait, nous le répétons, qu'une masse fibreuse entourant deux calculs.

L'explication du phénomène est une lenteur anormale du processus ulcératif, une infection, une inflammation aussi discrètes que possible.

Voici pour l'anatomie pathologique macroscopique.

Au microscope, comme on peut le voir dans l'observation, on trouve surtout : du tissu fibreux,

extrêmement serré, de nombreux globules blancs, et des vaisseaux comme étouffés par le tissu de sclérose ambiant. Enfin il existait par endroits, dans le cas que nous avons en vue, un véritable adénome inflammatoire.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Le chapitre précédent nous a montré que nous étions en présence d'une affection à marche on ne peut plus lente ; les symptômes seront, en somme, ceux d'une lithiase biliaire ordinaire avec formation secondaire d'une tumeur fibreuse sans tendance suppurative.

Une femme, principalement, a eu des crises de coliques hépatiques caractérisées par des douleurs violentes dans l'hypocondre droit, présentant des irradiations vers l'épigastre, l'ombilic, l'épaule droite. On peut observer des phénomènes nerveux, d'origine reflexe probablement. La malade vomit d'abord ses aliments, puis de la bile. La vésicule biliaire est dis-

tendue, douloureuse au palper. Le foie est augmenté de volume. La température monte au-dessus de 39°. L'état général n'est point atteint gravement, habituellement. A noter une légère asthénie persistant peu. Les urines présentent une couleur acajou, plus ou moins accentuée, et l'on constate la présence des pigments biliaires. Les fèces peuvent être décolorées ; un léger sub-ictère complète le tableau. Mais nous ne retrouvons pas, d'une façon constante, des calculs dans les matières, puisqu'ils peuvent passer par un chemin anormal. Quand il n'y a pas eu encore de perforation ou quand celle-ci s'est cicatrisée, on retrouve des calculs dans les matières, mais retenons qu'ils peuvent ne pas y être, le fait peut se produire aussi au cas d'enclavement dans les voies d'excrétion naturelles, mais il y a des phénomènes de rétention biliaire.

La colique hépatique typique que nous décrivons peut n'être que douloureuse, la douleur elle-même passe par toute une gamme allant de la simple pesanteur dans l'hypocondre droit à l'élancement fulgurant, à la brûlure, à la souffrance atroce. Les vomissements existent, ou non. L'ictère est léger, fugace, ou très prononcé. La durée de la crise est aussi loin d'être constante : de une heure à quatre jours ; à noter que les accès se répètent et se prolongent à mesure que la maladie est plus ancienne.

Cette période d'alternatives de coliques et de retour au bon état général dure longtemps, en moyenne huit ou dix ans ; puis insidieusement se développe une « grosseur » dans la région vésiculaire ; son appari-

tion passe inaperçue, tel le cas de M. le Professeur Jaboulay, la signalant à la malade étonnée. L'anamnèse permet cependant de rattacher le commencement de son évolution, à une crise de colique hépatique. Cette grosseur atteint, en quelques mois, le volume d'un œuf ; présente une consistance squirrheuse, elle est douloureuse, irrégulière, mamelonnée à la palpation ; elle évolue à la façon des tumeurs malignes, envahissant les organes voisins et surtout la paroi abdominale.

On s'en rend compte en faisant asseoir la malade, acte qui nécessite la contraction des muscles droits de l'abdomen : la tumeur ne disparaît pas. La respiration ne la mobilise pas. La peau est mobile dessus. Pourtant on se rend compte qu'il est difficile de limiter la tumeur dans la profondeur, on a l'impression qu'il existe des connexions profondes, or les tumeurs de la paroi sont particulièrement des fibromes n'envahissant point les organes environnants, les épithéliomes, les sarcomes sont excessivement rares.

La malade observée par nous, fut opérée dans l'état étudié durant nos dernières lignes ; nous ne pouvons prévoir ce qui se serait passé, si l'on avait laissé aller les choses.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic se fait par le siège, situé dans l'hypocondre droit, non loin de la vésicule biliaire, et surtout par les antécédents lithiasiques.

Ce phlegmon ligneux peut être confondu avec :

1° Un kyste hydatique du foie, mais celui-ci n'envahit pas la paroi, et possède des signes propres ;

2° Avec un cancer de la vésicule ; nous avons dans ce cas les symptômes du cancer : marche rapide, cachexie ; l'examen du sang nous fixerait définitivement ;

3° Avec une tumeur du pylore : mais alors encore le cancer se trahit et les symptômes gastriques, tant fonctionnels que physiques, ne permettent guère pareille erreur ;

4° Avec une tumeur de l'angle colique droit : la question devient plus épineuse, cependant nous avons encore des troubles digestifs particuliers. Chez nos malades atteintes de phlegmons ligneux, la constipation est presque la règle ; dans les cas de tumeurs de l'angle colique droit, il y aurait successions de constipations et de débâcles ; puis des complications propres à ces tumeurs ; enfin le cortège symptomatique des cancers est là pour nous venir en aide ;

5° Avec un cancer de l'épiploon : mêmes réflexions que pour le diagnostic précédent.

6° Avec un rein mobile : dans ce cas il existe des troubles urinaires, et le double palper lombéo-abdominal lèverait tous les doutes.

7° Avec un cancer ou une tuberculose du rein : là encore il y a des troubles urinaires.

8° Avec une pyonéphrose : nous savons qu'alors nous constatons de la polyurie trouble (Guyon) et des symptômes généraux sont l'indice d'une infection aiguë.

9° Avec une péritonite enkystée : les phénomènes généraux sont également marqués, et il existe des phénomènes locaux particuliers : douleur localisée et défense musculaire de la paroi.

10° Avec une appendicite chronique : mais il y a des crises aiguës bien nettement différentes des crises de coliques hépatiques.

11° Avec un fibrome de la paroi abdominale ; là réside la vraie difficulté : comme lui, notre phleg-

mon est mobile dans la paroi quand celle-ci est relâchée, il devient fixe et saillant quand celle-ci se contracte ; comme lui, il ne se déplace pas pendant les mouvements d'inspiration forcée ; comme lui, en un mot il est intra-pariétal. Cependant, en poussant l'investigation un peu plus loin, la tuméfaction, qui fait l'objet de notre étude, apparaît moins mobile transversalement que les tumeurs de la paroi abdominale, et de plus présente des connexions dans la profondeur, et puis surtout les antécédents lithiasiques trancheront le diagnostic.

Finissons par le diagnostic différentiel d'avec les autres formes de migration calculeuse vers la paroi abdominale. Le problème est bien simple : d'un côté il y a des signes de suppuration plus ou moins précoce, donc fluctuation apparaissant au bout d'un temps plus ou moins long, ou bien une fistule succède à cette suppuration. De l'autre côté, nous voyons une tumeur, d'une dureté très caractéristique, évoluer lentement sans aucun signe de cette suppuration, apanage du mode ordinaire.

CHAPITRE VI

Traitement

On incise la peau, l'aponévrose, le muscle grand droit ; on tombe sur des calculs, on les enlève, et on procède à une dissection minutieuse de la tumeur qui la libérera de toutes ses adhérences ; ainsi contenu et contenant étant extirpés, tout peut se borner à cela. On s'en tiendra à cette conduite dans les cas ordinaires où les loges calculeuses sont en communication avec la vésicule, et même alors la fistule étant souvent irrégulière, anfractueuse, il est bon de continuer la dissection jusqu'au réservoir qu'on abouche directement à la paroi, autrement dit il est bon de faire une cholécystostomie, sans plus du reste ; l'infection, si mince soit-elle, étant une contre-indi-

cation aux opérations prolongées et allant au loin dans la cavité péritonéale, à moins d'urgence s'entend.

M. le professeur Jaboulay était en droit, lui, de pratiquer une cholécystectomie, son intervention avait lieu dans un milieu aussi peu infecté que possible ; évidemment, agissant de cette manière, selon le mot de Langenbuch, il supprimait du même coup le mal et son siège de production (les pierres et la carrière); mais une opération intra-péritonéale, malgré toutes les garanties de sécurité, fait toujours réfléchir, et quand des accidents graves, mettant la vie des malades en danger, n'existent pas, nous ne voyons pas pourquoi on irait courir un risque, fût-il des moindres. Alors pourquoi ne pas avoir fait une cholécystostomie ? A cela je réponds : mais si la perforation de la vésicule s'est cicatrisée, pourquoi la rouvrir ? Il peut ne plus se former de calculs (hypothèse peu probable), dans ces cas on opérerait parce qu'il pourrait s'en former !! Enfin, dans l'hypothèse, même presque certaine, de nouveaux cholélithes, il faut songer qu'ils pourront s'engager dans les voies naturelles. Bref, si des complications surviennent il sera toujours temps d'agir ; la malade prévenue doit revenir à la première alerte ; il est évident qu'il est nécessaire de la suivre d'un peu près, et que lorsqu'on y sera absolument obligé, on verra à pratiquer, soit la cholécystostomie, soit la cholécystectomie, ainsi que les événements l'imposeront.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

I. — L'évolution des calculs biliaires vers la paroi abdominale s'accompagne presque toujours de phlegmons biliaires suppurés avec fistulisation secondaire, chirurgicale ou spontanée.

II. — Dans un cas, nous avons eu l'occasion d'observer chez une malade du service de M. le professeur Jaboulay, une induration du muscle Grand Droit, avec inclusion de calculs biliaires, sans trace de suppuration et sans qu'il ait été possible de trouver l'orifice de communication avec la vésicule.

III. — Les symptômes sont très analogues à ceux d'une tumeur de la paroi abdominale. On trouve une tuméfaction dure à contours mal limités, non mobile dans les mouvements de la respiration. La peau glisse sur la tuméfaction qui ne disparaît pas quand on fait contracter les muscles de la paroi. Pourtant la tuméfaction est moins mobile transversalement que les tumeurs de la paroi, et paraît avoir des connexions dans la profondeur.

IV. — Le diagnostic de ce « phlegmon ligneux de la paroi abdominale consécutif à l'évolution de calculs

biliaires vésiculaires », sans trace de suppuration, peut être hésitant avec une tumeur intra-abdominale et surtout avec une tumeur de la paroi, primitive ou secondaire. Le siège et surtout les antécédents lithiasiques biliaires, permettent d'affirmer le diagnostic.

V. — Le pronostic dépend moins de l'enclavement des calculs, simples corps étrangers dans la paroi, que de l'état de la vésicule, suivant la présence d'autres calculs dans sa cavité et le degré d'infection des voies biliaires pouvant amener d'autres complications.

VI. — Au point de vue du traitement, l'ablation simple des calculs enclavés dans la paroi pourrait être suffisante dans les cas où il existe une communication avec la vésicule, permettant son drainage et l'élimination secondaire des autres calculs qu'elle contient. Dans les autres cas, il est préférable de faire une cholécystostomie et même une cholécystectomie, qui seules pourraient prévenir le retour précoce d'accidents dûs aux calculs que renferme encore la vésicule.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 mars 1910.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MOSSÉ. — Thèse d'agrégation (Paris 1880) sur les accidents de la lithiase biliaire.
- DENUCÉ. — Thèse d'agrégation (Paris 1886). Calculs et tumeurs de la vésicule.
- MOLLIÈRE. — Medical Presse. Lond. 1888. XLV, p. 137.
- LECREUX. — Lyon Médical, 1888. LVII, p. 127.
- GUÉPIN. — Bull. Société anatomique, 12 oct. 1894.
- BRICKA. — Perforation spontanée de la vésicule. Th. Lyon, 1899.
- CASTAING. — Etude sur les complications de la lithiase biliaire au point de vue chirurgical. Th. Toulouse 1899.
- GUÉNIOT. — Lithiase vésiculaire. Formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical. Th. Paris 1903.
- MICHAUX. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris (séance du 30 décembre 1903).
- COLLET. — Précis de pathologie interne, 1907.

